

# Katarzyna Galbarczyk<sup>1</sup>, Beata Jędrzyk<sup>2</sup>, Andrzej Galbarczyk<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>2</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>3</sup>Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*

## Pielęgnacja chorych po zabiegu enukleacji gałki ocznej

The nursing care after the eye enucleation

### STRESZCZENIE

Enukleacja to zabieg polegający na usunięciu oka lub jego resztek z zachowaniem mięśni zewnętrznych i spojówki oraz wszczępieniu implantu oczodołowego umożliwiającego pacjentom korzystanie z wyglądających jak zdrowe oko, ruchomych protez. Celem pracy jest omówienie problemów pielęgnacji po wykonanym zabiegu enukleacji gałek ocznych. Pooperacyjna pielęgnacja powinna obejmować takie czynności, jak: zmiany opatrunku, właściwe podawanie leków, utrzymanie higieny w oczodole oraz obserwacja wydzieliny i adaptacji implantu pod kątem zmian mogących prowadzić do wystąpienia powikłań. Ponieważ dla niektórych osób zabieg związany jest z utratą wzroku, pielęgnacja musi uwzględniać również adekwatne traktowanie takich chorych. Równie ważnym zadaniem pielęgniarki jest odpowiednie przygotowanie pacjenta do samopielęgnacji. Enukleacja to zabieg nieodwracalny, będący traumatycznym przeżyciem dla pacjenta i jego bliskich, zatem istotnym elementem jest wsparcie psychiczne oraz udzielanie pomocy ułatwiającej choremu odzyskanie sprawności i samodzielności.

**Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (4): 335–338**

**Słowa kluczowe:** enukleacja oka, opieka pooperacyjna, teoria pielęgniarstwa

### ABSTRACT

Enucleation is an operation including removal of an eyeball or its remains. Extraocular muscles and conjunctiva are retained and artificial eyeball is implanted so that a patient can use mobile prosthesis, which looks like a natural eye. The aim of this paper is to discuss issues connected with nursing after the enucleation. The postoperative care should include applying dressings, appropriate medications, maintaining hygiene in the eyesocket as well as monitoring discharge from the eye and the implant adaptation in order to prevent any complications. In the case of the patient for whom the operation may mean loss of the sight the nursing must include adequate treatment. For a nurse equally important task is to teach a patient how to properly take care of the socket and the prosthesis. Enucleation is an irreversible operation, which is often a traumatic experience for the patients and his or her family, that is why an essential element of the treatment is psychological support and providing help that enables the patient to regain their physical fitness and self-reliance.

**Nursing Topics 2009; 17 (4): 335–338**

**Key words:** eye enucleation, postoperative care, nursing theory

### Wstęp

Historia wykonywania zabiegów usuwania gałek ocznych sięga początków diagnostyki i leczenia chorób oraz urazów oczu. Na przestrzeni wieków techniki wykonywania tego zabiegu ulegały ogromnym przemianom. Najstarsza znana proteza oka pochodzi sprzed 4800 lat. Przez wieki protezy wykonywano z najróżniejszych materiałów (od smoły po złoto), służyły jedynie wypełnieniu pustego oczodołu [1]. W miarę upływu

czasu i rozwoju techniki powstały metody pozwalające na przeprowadzanie zabiegów usuwania gałek ocznych z zachowaniem estetyki oraz ruchomości mięśni tych gałek.

Celem niniejszej pracy jest omówienie problemów związanych z zabiegiem enukleacji gałek ocznych, a w szczególności procesu pielęgnacji po jego wykonaniu. Enukleacja (łac. *e-nucleo* — wydrążam pestkę) jest zabiegiem polegającym na usunięciu oka lub jego resz-

tek z zachowaniem mięśni zewnętrznych i spojówki [2]. Polega na stopniowym wyizolowaniu każdego mięśnia prostego, odcięciu mięśnia skośnego dolnego i górnego oraz nerwu wzrokowego [1]. Następnie wszczepiony zostaje implant oczodołowy. Jego zadaniem jest wypełnienie przestrzeni w oczodole, która dotąd była zajęta przez oko. Kulisty implant utrzymuje naturalną strukturę oczodołu i zapewnia podporę dla protezy. Najczęściej używanymi implantami są silikonowe, hydroksyapatytowe, a w niektórych przypadkach przeszczepy tłuszczowo-skórne [3].

Proteza oczna dobierana jest po 4–8 tygodniach po zabiegu. Proteza powinna być dobierana indywidualnie, by była dokładnie dopasowana do wymiarów oczodołu po ustąpieniu obrzęku związanego z zabiegiem. Stosuje się dwa typy protez: szklane i akrylowe. Udaný zabieg enukleacji umożliwia pacjentowi korzystanie z wygodnej, wyglądającej jak zdrowe oko protezy. Ruchomość implantu i przenoszenie jego ruchów na pokrywającą go protezę jest ważne ze względów estetycznych nie tylko u osób, u których usunięte zostało jedno oko. Zachowanie sprawnych mięśni jest ważne również ze względu na rolę ruchów gałek ocznych w prawidłowo funkcjonującym zmyśle równowagi [4].

Bardzo często zabieg enukleacji stosuje się u osób już niewidzących. Usunięcie gałki ocznej jest wykonywane w celu zapobiegania rozwojowi współczulnego zapalenia naczyńki lub u osób z niekontrolowaną jaskrą, z zanikiem gałki ocznej czy z niekontrolowanym zapaleniem tęczówki. Wskazaniem do enukleacji może być również przewlekły ból niewidzącego oka albo kosmetycznie szpecące oko. Zdarzają się jednak sytuacje, kiedy zabieg enukleacji wykonywany jest u osób widzących, u których stwierdzono nowotwór wewnątrzgałkowy, współczulne zapalenie naczyńki lub bolesne oko z bardzo niską ostrością wzroku [5]. Zabieg ten wykonuje się również u osób, u których doszło do poważnego urazu gałki ocznej [1].

Mimo że zabiegowi enukleacji poddaje się mały odsetek społeczeństwa, temat ten jest niezwykle istotny, ponieważ zabieg wywiera ogromny wpływ na życie i funkcjonowanie pacjentów, którzy są mu poddawani. Enukleacja to nieodwracalny zabieg, niosący za sobą wiele trudnych do załagodzenia skutków ubocznych, będący traumatycznym przeżyciem dla pacjenta i jego bliskich. Pielęgnacja pacjentów po zabiegu enukleacji to nie tylko klasyczna opieka pooperacyjna, lecz także przygotowanie ich do samodzielnego funkcjonowania.

### **Pielęgnacja bezpośrednio po zabiegu**

Podstawowym celem wczesnej pielęgnacji jest niedopuszczenie do wystąpienia powikłań. Na podstawową pielęgnację składają się: zmiany opatrunku, właściwe podanie leku, utrzymanie higieny w oczodole oraz obserwacja wydzieliny i adaptacji implantu pod kątem

zmian mogących prowadzić do wypadnięcia implantu, niedoboru objętości, obkurczania powieki, otwarcia się rany czy też pęknięcia szwów.

U pacjentów bezpośrednio po zabiegu stosuje się opatrunek uciskowy w celu zmniejszenia krwawienia oraz zniwelowania ryzyka wystąpienia poważnej opuchlizny. Po operacji pod powiekę zakładany jest konformer — plastikowa wymodelowana nakładka z otworami do zakładania maści, służąca do prawidłowego ukształtowania się powiek i brzegu oczodołu. Następnie zakłada się lekki i unieruchamiający opatrunek uciskowy oka i oczodołu (jedno- i obustronny), który zapewnia gojenie rany [6]. Po zabiegu może pojawiać się ból rany pooperacyjnej oczodołu, a nawet całej głowy. Należy wówczas podać pacjentowi leki przeciwbólowe zgodnie z kartą zleceń oraz w miarę możliwości zapewnić mu ciszę i spokój.

Lekarz dokonuje pierwszej oceny etapu gojenia się rany po 48 godz., wtedy też zdejmowane są opatrunki. Od tego momentu regularnie podaje się maść do oczodołu przez otwory w konformerze i kontynuuje się leczenie doustne. Pielęgniarka podająca leki powinna wyjaśnić znaczenie ich przyjmowania, upewnić się, czy pacjent nie jest uczulony na podawane substancje i czy nie występują żadne dolegliwości w związku z przyjmowaniem leku. Aby zwiększyć skuteczność działania, poszczególne dawki maści i kropli powinny podawane być w odpowiednich odstępach czasowych, co najmniej co kilkanaście minut [7].

Obserwacja rany pooperacyjnej, zachowywanie odpowiedniej higieny oraz właściwe podawanie leków pozwalają uniknąć wystąpieniu najczęstszego powikłania po zabiegu enukleacji — zakażenia. U osób, u których ryzyko wystąpienia pooperacyjnego zarażenia rany jest większe, między innymi z powodu cukrzycy, stosuje się profilaktykę antybiotykową, a nawet hormonalną. Przeciwdziałanie zakażeniu w przypadku omawianego zabiegu jest istotne z powodu tego, że w skrajnych przypadkach może dojść do migracji patogenów z oczodołu do układu nerwowego drogą odciętego nerwu wzrokowego [5].

### **Pielęgnacja osoby bezpośrednio po utracie wzroku**

Należy pamiętać, że dla części chorych zabieg enukleacji jest bezpośrednią przyczyną definitywnej utraty wzroku. Ponieważ dla takich pacjentów szpital to pierwsze środowisko, w którym muszą funkcjonować jako niewidomi, powinno się dołożyć wszelkich starań, aby pierwsze dni po zabiegu nie były traumą. Naturalnie każdy niewidomy wymaga specjalnego traktowania przez personel szpitala, jednak te osoby, które dopiero co utraciły wzrok, wymagają szczególnego podejścia. Opieka nad chorym często w takich przypadkach zawiera elementy nauki czynności umożliwiających normalne funkcjonowanie niewidomej osoby.

Pielęgnacja ociemniałego pacjenta powinna uwzględnić w swoich celach prawidłową orientację chorego w środowisku szpitalnym. Sprzyja temu zapoznanie z personelem oraz topografią sali (lokalizacja łóżka, szafki, łazienki) i oddziału, poinformowanie o zwyczajach danego ośrodka i rozkładzie dnia. Pomocne będzie również umieszczenie chorego na sali z osobami będącymi w stanie udzielić mu pomocy. Istotnym elementem jest również zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa. Z jego otoczenia powinny być usunięte wszelkie potencjalne przeszkody i zbędne przedmioty. Należy unikać sytuacji, które w jakikolwiek sposób zaskoczyłyby niewidomą osobę. Taki pacjent powinien być poinformowany o wejściu na salę chorych i jej opuszczeniu przez personel oraz o wszelkich wykonywanych lub planowanych czynnościach [8].

Podczas pielęgnacji należy zwrócić uwagę, czy pacjent może samodzielnie spożywać posiłki. Wskazane jest poinformowanie chorego o rodzaju posiłku i jego rozmieszczeniu na stole, a w razie konieczności — pokierowaniu ręką chorego lub nakarmienie go [8]. Sprawdzonej metodą określania rozmieszczenia różnego rodzaju potraw na talerzu jest porównanie powierzchni talerza do tarczy zegara — pacjent zostaje poinformowany, „na których godzinach” znajdują się poszczególne potrawy. Warto również nauczyć chorego wykorzystywać nóż nie tyle do krojenia, co do lokalizowania jedzenia na talerzu, dzięki temu niewidomy bez pomocy palców może samodzielnie spożywać posiłki jak zdrowy człowiek.

Osoby odpowiedzialne za pielęgnację osób po zabiegu enukleacji powinny zwracać również uwagę na stan psychiczny chorych. Pacjenci tracący wzrok lub szansę na jego odzyskanie często wykazują obniżony nastrój lub zwiększoną podatność na lęk. Warto, więc podjąć czynności odwracające uwagę chorego od jego kondycji zdrowotnej, takie jak angażowanie go we wszystko, co się dzieje w najbliższym otoczeniu czy też choćby zachęcenie pacjenta do kontaktu z bliskimi [8].

### **Przygotowanie pacjenta do samopielęgnacji**

Zabieg enukleacji nie wymaga długiej hospitalizacji, dlatego też bardzo istotne jest odpowiednie przygotowanie pacjenta do samo pielęgnacji. Podczas pobytu w szpitalu wszystkie zabiegi pielęgnacyjne wykonują przy nim pielęgniarka i okulista, oni też muszą nauczyć pacjenta wszystkich powyższych czynności, aby mógł on sam zapobiegać powikłaniom i odpowiednio pielęgnować oczodoł oraz protezę. Zadaniem pielęgniarki jest zapoznanie pacjenta przed wyjściem do domu z przyborami ułatwiającymi codzienną samoopiekę. Do tych przyborów należą: specjalna przyssawka służąca do wyciągania protez, pojemniki do ich przechowywania, płyn do czyszczenia oczodołu i protez oraz

konformery (w przypadku, gdy noszenie protez jest nie wskazane ze względu na niespodziewane powikłania).

Przez pierwsze 4 tygodnie po zabiegu leki podawane są przez otwory w konformerze, natomiast po dopasowaniu protezy zaleca się nakładanie maści do wewnętrznej strony protezy. Niezwykle ważnym zadaniem pielęgniarki jest nauczanie pacjenta samodzielnego podawania leku. Umiejętność ta może się okazać przydatna nie tylko w procesie leczenia ran pooperacyjnych, ale także w razie wystąpienia ewentualnych stanów zapalnych i infekcji w późniejszym okresie. W razie pojawienia się odczynów zapalnych na wewnętrznej stronie powiek maść należy zakładać na zewnętrzną stronę protezy [7, 9].

W pielęgnacji pacjentów bardzo ważna jest obserwacja wydzieliny z oczodołu. Pielęgniarka ocenia wydzielinę głównie po kolorze. Niewidomy pacjent nie ma takiej możliwości, dlatego istotne, aby pielęgniarka nauczyła go kontrolować wydzielinę, obserwując jej konsystencję, ilość i zapach oraz kontrolować adaptację implantu, zwracając uwagę na ból czy wychodzenie implantu. Należy uprzedzić pacjenta, że w sytuacji bardzo wysokiej lub bardzo niskiej temperatury powietrza możliwe jest zwiększenie się ilości wydzieliny [10]. Warto również zachęcić członków rodziny osoby niewidomej do aktywnej obserwacji oczodołu [9].

Długo utrzymująca się wydzielina z oczodołu może być następstwem nieprawidłowego czyszczenia protez i przenoszenia zabrudzeń do oczodołu lub jest oznaką źle dopasowanej protezy. Wydzielina może również być objawem takich schorzeń jak olbrzymiobrodawkowe zapalenie spojówek. Osoba po zabiegu enukleacji powinna szczególnie zwracać uwagę na wszelki dyskomfort i objawy bólowe w obrębie oczodołu. Świadczą one prawdopodobnym złym dopasowaniu protezy, co często powoduje groźne powikłania. Te objawy mogą być pierwszymi oznakami wypchnięcia implantu — powikłania wymagającego ponownego zabiegu lub, jeżeli to niemożliwe, zastąpienia implantu autogennym przeszczepem tłuszczowo-skórnym [5].

Przygotowanie do samopielęgnacji obejmuje również naukę higieny oczodołów i właściwego zakładania protez. Należy uświadomić pacjentowi, że higiena oczodołu jest niezwykle istotnym elementem, niezbędnym nie tylko dla zachowania zdrowia, lecz służącym również utrzymaniu estetycznego wyglądu. Pielęgnacja musi dążyć do jak największej samodzielności pacjenta również w kwestii zakładania i pielęgnowania protez.

W celu zapobiegania powikłaniom konieczne jest stosowanie się do wskazówek dotyczących prawidłowego zakładania i wyjmowania protez. Wskazówki te podawane są zazwyczaj przez wytwórców protez. Instruując pacjenta, należy zwrócić uwagę na zachowanie odpowiedniej higieny i bezpieczeństwa. Ważne jest, aby nigdy nie zakładać uszkodzonej protezy. Najmniejsza

nierówność na powierzchni protezy powoduje podrażnienia oczodołu i może prowadzić do rozległego stanu zapalnego.

Warto też nauczyć chorego korzystania ze specjalnej przyssawki do wyciągania protezy. Zwilżoną w soli fizjologicznej przyssawkę należy docisnąć do środka rogówki protezy, następnie trzymając za przyssawkę wyjąć protezę z oczodołu, zaczynając od wysunięcia dolnego brzegu protezy. W odróżnieniu od metody wyjmowania protezy poprzez odciągnięcie dolnej powieki i podważenia protezy palcami lub specjalną szpatułką, metoda z użyciem przyssawki zmniejsza ryzyko wystąpienia w późniejszym okresie nieprawidłowego ułożenia dolnej powieki.

### Podsumowanie

Obserwując osiągnięcia współczesnych naukowców, można przewidywać, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat u osób po zabiegu usunięcia gałki ocznej możliwe będzie nie tylko zachowanie estetyki oraz ruchomości mięśni gałek ocznych, ale przede wszystkim odzyskanie zmysłu wzroku dzięki elektronicznym implantom. Do czasu stworzenia w pełni funkcjonalnych implantów oczu pomoc pacjentowi powinna się skupiać na odzyskaniu jak największego komfortu, sprawności i samodzielności.

Na personelu odpowiedzialnym za pielęgnację osób po zabiegu enukleacji spoczywa duża odpowiedzialność za przeciwdziałanie licznym komplikacjom z nim związanym. Nie ogranicza się ona jedynie do rzetelnego wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, lecz w dużym stopniu polega na właściwym przygotowaniu pacjenta i jego bliskich do pielęgnacji po opuszczeniu szpitala.

Pielęgniarka powinna mieć świadomość, że praca z pacjentem po enukleacji wymaga wszechstronnej wiedzy o prawidłowościach i specyfice funkcjonowania osób po zabiegach okulistycznych oraz ścisłej współpracy z lekarzem okulistą, psychologiem, pedagogiem i z nauczycielami zawodu. Elementem właściwej pielęgnacji

powinno być również uzmysłowienie choremu, że zakończenie leczenia w szpitalu oznacza rozpoczęcie rehabilitacji. Szczególnie ważna wydaje się być rehabilitacja społeczna polegająca na przystosowaniu pacjenta do życia w społeczeństwie [11]. Dla pacjentów świeżo ociemniałych cenne będą również informacje o pomocy, jaką można uzyskać w Polskim Związku Niewidomych oraz w powiatowych centrach pomocy rodzinie czy choćby o należnych inwalidom wzroku ulgach i uprawnieniach [9]. Podsumowując, należy podkreślić, że dzięki prawidłowo przeprowadzonemu procesowi pielęgnacji i późniejszej rehabilitacji, niewidoma osoba ma szansę dostrzec fakt, że przebyty zabieg enukleacji nie oznacza konieczności rezygnacji z realizowania życiowych marzeń, wymaga jednak znalezienia innych środków do ich osiągnięcia.

### Piśmiennictwo

1. Morton A.S. Enucleation and evisceration. W: Thach A.B. (red.). *Ophthalmic care of the combat casualty*. Dept. of the Army, Washington DC. 2003; 415–417.
2. Wiśniakowska L. *Słownik wyrazów obcych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
3. Jaworski P. Implanty oczodołowe i sztuczne oczy. <http://www.okulista.pl/index2.php?id=oferta10>; 03.04.2009.
4. Kersten R.C., Codere F., Dailey R.A. i wsp. *Oczodół, powieki i układ łzowy*. Urban & Partner, Wrocław 2003.
5. Nunery W.R. Wyluszczenie (enukleacja) i wypatroszenie gałki ocznej (ewisceracja) W: Spaeth G.L. (red.). *Chirurgia okulistyczna*. Urban & Partner, Wrocław 2006; 535–560.
6. Kessler E. *Opatrunki*. Urban & Partner, Wrocław 1999.
7. Watkinson S., Seewoodhary R. Administering eye medications. *Nurs. Stand.* 2008; 18: 42–48.
8. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. *Podstawy pielęgniarstwa. Tom II*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
9. Litwin M.B., Bryg H. *Wybrane zagadnienia okulistyczne*. Zam-Kor, Kraków 2005.
10. Nasr A.M., Jabak M.H., Batainah M.S. Orbital volume augmentation with subperiosteal room-temperature-vulcanized silicone implants: a clinical and histopathologic study. *Ophthal plast reconstr. surg.* 1994; (10) 1: 11–21.
11. Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo ćwiczenia Tom II*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.